

## O-6-43

### 病棟常駐薬剤師に対する医療スタッフの評価

深谷 赤十字病院 薬剤部

○佐藤 充朗<sup>1)</sup>、根岸美由紀<sup>2)</sup>、富施 哲也<sup>3)</sup>、松谷 直樹<sup>4)</sup>、麻生 一郎<sup>5)</sup>

【背景・目的】質が高く、安心で安全な医療を提供するため医療スタッフの協働・連携によるチーム医療が推奨されている。深谷赤十字病院では平成26年3月より集中治療室、救急病棟を含む全12病棟に薬剤師を配置し、他の医療スタッフと協働・連携し業務を行っている。今回、病棟常駐薬剤師に対する他の医療スタッフからの評価をアンケート調査により検討した。

【方法】平成27年9月時点で研修医を含む常勤医72名および病棟配属看護師338名を対象に、以下の内容でアンケート調査を行った。(1) 病棟常駐薬剤師の必要性、(2) 病棟常駐薬剤師に期待する業務、(3) 薬剤師常駐による業務軽減効果、(4) 改善点と意見の各項目に回答を得た。

【結果】アンケート回収率は医師93.1%、看護師92.6%であった。問 (1) 必要性を感じるとの回答が医師、看護師ともに99%であった。問 (2) 医師では持参薬関連、処方代行入力、医薬品情報提供、看護師では持参薬関連、配薬、処方代行入力の順で回答が多かった。注射薬の混注業務を行っている病棟では混注業務の回答が多かった。問 (3) 医師、看護師ともに (2) の回答と一致していた。問 (4) 看護師から不在時の補充体制について要望が多かった。

【考察】アンケート結果より病棟常駐薬剤師は医師、看護師が薬剤師に期待する業務を実施しており、医師、看護師の業務軽減に繋がっている。意見として多かった不在時の補充体制の整備は今後の課題である。持参薬に関しては後発医薬品の推進もあり医薬品が複雑化している現在、薬剤師に関与することは薬物療法の有効性、安全性にも繋がると考える。今回のアンケートでは薬物治療の有効性・安全性の向上への貢献度が十分に評価できていないため、今後評価して行く必要がある。

## O-6-45

### 気管支洗浄液により診断されたウエステルマン肺吸虫の一例

高知赤十字病院 内科<sup>1)</sup>、高知赤十字病院 病理診断科<sup>2)</sup>

○竹内 栄治<sup>1)</sup>、大家 力矢<sup>1)</sup>、高橋 直希<sup>1)</sup>、田宮 弘之<sup>1)</sup>、黒田 直人<sup>2)</sup>

[症例]72歳 男性 ホームレス  
[主訴]血痰  
[現病歴]2010年に胸部不快感を主訴に当院救急外来を受診し、胸部多発結節陰影と少量胸水を指摘された。その後も、胸部不快感、腹痛、めまいなどを訴え救急外来を受診していたが、それ以外を受診歴はなかった。経過中に他院で、肺病変を指摘されたが、精査は受けていなかった。2014年11月に血痰の増加があり、当院呼吸器内科を受診した。アルコール依存症があり、ホームレス生活を26年間続けていた。淡水蟹やイノシシなどの獣肉の食歴ははっきりしなかった。血液検査では末梢血尿酸球が11.7%と高く、IgEも250 IU/mlと高値であった。胸部レントゲン、CTでは、多発空洞影、結節影、浸潤影を認めた。確定診断のため、気管支鏡検査を施行したところ、気管支洗浄液にてウエステルマン肺吸虫のメタセルカリアを検出し、ウエステルマン肺吸虫と診断した。プラジカンテル60mg/kg 2日間の内服により自覚症状や画像所見の改善を認めた。

[結語]ウエステルマン肺吸虫は、グルメブームなどの食生活の多様化、国際化などにより、近年増加傾向にあり、注意が必要と思われ、若干の文献的考察を加え報告する。

## O-6-47

### 多職種連携により救命しえた 左下葉肺膿瘍、左膿胸の1例

静岡赤十字病院 呼吸器外科

○小山 真<sup>1)</sup>、稲葉 浩久<sup>2)</sup>

症例は78歳男性。1カ月前から自覚していた背部痛と呼吸苦が増悪したため当院へ救急搬送された。受診時、39.7℃の発熱と、血液検査で炎症反応の亢進を認め 胸部CT検査で左下葉全体にわたる荒蕪肺と被包化された胸水貯留を認めた。荒蕪肺となった左下葉に膿瘍が形成され 膿胸を併発、さらに右肺や左肺上葉に膿汁を垂れ流している状態と判断した。胸腔ドレーナージ、抗菌薬による保存的治療では感染コントロールがつかなかったため、手術を行った。下葉は硬く緊満しており、内部の膿汁が透見できる状態であった。感染源である左肺下葉を切除し、下葉切除後の広い胸腔内の感染コントロールは困難と考え 胸壁閉塞術を追加した。術翌日に気管チューブを抜管したが、多量な結調痰を咯出できなかったため 気管切開術を施行した。術2日に経口摂取を再開したが、気管切開部から食物残渣が漏れるような状態であり、経鼻経管栄養を開始した。また、口腔内にたまった唾液が気管カニューレのカフ脇から末梢気道に流れ込み呼吸不全になることを繰り返したため、看護師の提案により口腔内の唾液を自己で吸引するようにしたところ呼吸不全になることはなくなった。その後も慢性的な誤嚥を繰り返し、言語聴覚士による嚥下リハビリの介入後も咽頭反射がほぼ消失している状態であつたため、術72日 声門閉鎖術を施行した。廃用症候群の進行予防のため術後早期より理学療法士によるリハビリを行った。医療ソーシャルワーカーによる退院支援を受け、術146日 独歩で自宅へ退院し、週2回 外来通院での胸壁閉塞部の処置を継続中である。多職種の連携により、救命および独歩退院にこぎつけることができた症例であり、若干の文献的考察を加え報告する。

## O-6-44

### 外来化学療法センターにおける抗がん薬剤曝露防止対策について

名古屋第二赤十字病院 薬剤部<sup>1)</sup>、名古屋第二赤十字病院 看護部<sup>2)</sup>

○木全 つかさ<sup>1)</sup>、松浦 美聡<sup>2)</sup>、鈴木 雅人<sup>1)</sup>、石間伏由紀<sup>2)</sup>、天野 杏南<sup>1)</sup>、高原 悠子<sup>1)</sup>、吉田 弘樹<sup>1)</sup>、今井視保子<sup>1)</sup>、木下 元一<sup>1)</sup>

【はじめに】がん薬物療法における医療関係者の職業性曝露を予防し、安全な労働環境をつくるのが、各施設における急務の課題である。しかし、Hazardous Drugs (HD) という概念の普及は十分でなく、その対策において施設間差が大きいという問題点がある。HD対策は、抗がん薬調製時だけではなく、投与管理や排泄物の取扱いなど、医療関係者全員が理解し、実行することが求められる。今回、2015年に発刊された曝露対策合同ガイドライン (ガイドライン) を参考とし、当院外来化学療法センター (化療センター) における曝露対策の見直しを行ったので報告する。

【対象・方法】化療センター調製室、点滴室、薬剤師、看護師を対象とし、環境、装備、運用についてガイドラインとの乖離を検討し、見直しを行った。

【結果】安全キャビネットはクラスB1採用であるが、コスト、使用年数から現状維持とした。閉鎖式調製器具はBD PhaSeal<sup>®</sup>を採用しているが、プランジャー汚染の点から採用変更を検討したが、コストおよび医師、看護師の意向から現状維持とした。調製装備について、ガウン、グローブを採用変更し、大幅なコストダウンを得た。計数調剤時のPPEについて、調製直前まで外装を外さない運用に変更した。曝露対策が施されたジェネリック製品への切り替えは、1製剤に留まった。看護師側では、バックプライミングの実施、ガウン装着が大きな改善点となった。

【考察】がん化学療法の発展は著しく、安全な化学療法を提供するためのスキルアップが求められるが、その上で被るかもしれない健康被害を防止するために、医療者個々さらには施設の理解を得ていくための努力も必要である。

## O-6-46

### 進行非小細胞肺癌に対するNivolumabの使用経験

日本赤十字社長崎原爆病院 呼吸器内科

○福田 正明<sup>1)</sup>、嶋田 緑<sup>2)</sup>、朝長 正臣<sup>3)</sup>、北崎 健<sup>4)</sup>、橋口 浩二<sup>5)</sup>

【背景】2015年12月から抗PD-1抗体Nivolumabが非小細胞肺癌に使用可能となった。

【対象と方法】2016年1月から4月までに当院でNivolumabを投与された非小細胞肺癌12例について、その効果と副作用をretrospectiveに検討した。

【結果】年齢中央値は68歳 (55-82歳)、男/女=7/5、PS 0/1/2=6/4/2、組織型は腺癌/扁平上皮癌/NOS=8/3/1、臨床病期はIIIB/IV期=2/10、治療ラインの中央値は4.5 (1-9) であった。治療効果はPR/SD/PD=3/5/4でpseudoprogressionを2例に認めた。現在7例が投与継続中である。副作用は発疹G1を2例、筋肉痛G2を1例、Infusion reaction G2を1例に認めた。中樞気道に浸潤した扁平上皮癌1例で気管支胸腔瘻G4を認めた。

【結論】効果副作用はほぼ過去の報告通りの結果であった。中樞気道浸潤例には適応を慎重に検討すべきであると考えられた。

## O-6-48

### 大血管合併切除を施行した浸潤性胸腺腫及び胸腺癌5例の検討

松江赤十字病院 呼吸器外科<sup>1)</sup>、松江赤十字病院 看護部<sup>2)</sup>、

松江赤十字病院 心臓血管外科<sup>3)</sup>

○磯和 理貴<sup>1)</sup>、宮本 英明<sup>1)</sup>、佐藤 泰之<sup>1)</sup>、横山 淳美<sup>2)</sup>、齋藤 雄平<sup>3)</sup>

2010年1月から2016年3月までに浸潤性胸腺腫4例 (WHO type B2 1例、type B3 3例)、胸腺癌1例に大血管合併切除を施行した。症例1: 57歳男性。type B3、正岡III期胸腺腫。放射線治療後に拡大胸腺胸腺腫摘出術、左腕頭静脈、左横隔神経、左反回神経、左肺上葉切除術を施行。術後6年1か月無再発生存中。症例2: 46歳女性。重症筋無力症合併type B2、正岡III期胸腺腫。拡大胸腺胸腺腫摘出術、左鎖骨下静脈、左横隔神経、左肺上葉部分切除術を施行。術後放射線療法施行も術後2年6か月で再発、胸膜播種切除術及びシスプラチンによる術中浸漬施行。術後補助化学療法希望せず、初回術後2年10か月以降来院無く詳細不明。症例3: 46歳男性。正岡III期胸腺癌。術前放射線化学療法施行後に胸腺癌切除術、左腕頭静脈、心膜、左肺上葉部分切除術を施行。術後2年6か月無再発生存中。症例4: 47歳男性。重症筋無力症合併type B2、正岡IVa期胸腺腫。重症筋無力症加療後、術前化学療法施行し、拡大胸腺胸腺腫摘出術、心膜切除、上大静脈、右腕頭静脈、奇静脈、左腕頭静脈、右横隔神経切除、右肺上葉切除、胸膜播種切除、左腕頭静脈・右心房バイパス術を施行。術後8か月無再発生存中。症例5: 78歳女性。type B3、正岡IVa期胸腺腫。術前化学療法で1サイクル施行したが、薬剤性と思われる重症多形紅斑が出現し1サイクルで中止し、拡大胸腺胸腺腫摘出術、心膜切除、左腕頭静脈、左横隔神経切除、右肺上葉部分切除、左肺上葉部分切除、胸膜播種切除術を施行。術後3か月無再発生存中。

【考察】大血管浸潤例では、正岡III期胸腺腫完全切除例で非血管浸潤完全切除と同等の予後を見込めるとの報告もあり、胸腺癌でも完全切除が見込める例では積極的切除の適応はあると考える。